

Gedeelde zorg voor opiaatafhankelijken

Samenwerking tussen gespecialiseerde zorgcentra en eerstelijnszorg

Bernard Joos, Isabel Debuysere en Jan Van Bouchaute*

In dit artikel gaan we in op het zorgaanbod voor opiaatafhankelijken en in het bijzonder op de samenwerking tussen ambulante gespecialiseerde centra en de eerstelijnszorg (huisartsen en wijkgezondheidscentra). Hoewel de meerderheid van opiaatafhankelijken in België ambulant wordt behandeld, leerde de praktijk ons dat er in de regio Gent tot op heden weinig samenwerking was tussen beide partners. Daarom werd in 2007 het project 'Opvang van opiaatafhankelijken in de eerstelijnszorg' opgestart in het Medisch Sociaal Opvangcentrum (MSOC) te Gent. De belangrijkste doelstellingen van dit project zijn de implementatie van een samenwerkingsmodel tussen de gespecialiseerde centra en de eerstelijnszorg, waarbij getracht wordt tot een meer gedeelde zorg en interactieve transmurale communicatie bij de behandeling van opiaatafhankelijken te komen.

Inleiding

De prevalentie van problematisch opiaatgebruik ligt in Europa gemiddeld rond de 3,6-4,4 per duizend inwoners in de leeftijdsgroep van 15-64 jaar. Dit laat zich vertalen in ongeveer 1,2-1,5 miljoen problematische opiaatgebruikers in de Europese Unie (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2010). De meerderheid van de opiaatgebruikers (80-90%) in België wordt ambulant behandeld via huisartsen en gespecialiseerde verslavingscentra. Deze gespecialiseerde verslavingscentra in België (zoals MSOC, dagcentra) komen over-

* Dr. B. Joos is verslavingsarts bij het Medisch Sociaal Opvangcentrum Gent. E-mail: bernard.joos@gent.be.

Licentiate I. Debuysere is psychologe bij het Medisch Sociaal Opvangcentrum Gent.

Dr. J. Van Bouchaute is directeur van het Medisch Sociaal Opvangcentrum Gent. Het project 'Opvang van opiaatafhankelijken in de eerstelijnszorg' wordt gefinancierd door het Fonds Verslaving (FOD Volksgezondheid).

een met de Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG) in Nederland. Volgens Ledoux (2010), de enige bron die cijfermateriaal aanbiedt voor België, werd in 2007 op nationaal vlak 71,2% van de opiaatafhankelijken door huisartsen behandeld en 18,1% door de medisch-sociale opvangcentra. In Vlaanderen zien we een andere verdeling van het zorgaanbod, waarbij 50,1% door de huisarts wordt begeleid en 47% door de medisch-sociale opvangcentra. Door de gelijkmatige spreiding van de medisch-sociale opvangcentra in Vlaanderen, kunnen deze een groter percentage patiënten begeleiden in vergelijking met de Waalse regio (9,4%).

Het werken met verschillende zorgniveaus, waarbij patiënten met de grootste zorgbehoefte in gespecialiseerde centra worden begeleid en meer stabiele patiënten binnen de eerstelijnszorg worden behandeld, is wenselijk en conform de huidige richtlijnen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 2008) betreffende substitutietherapie. Voor beide behandelingsniveaus is er voldoende wetenschappelijke bewijs dat aantoonde dat ambulante begeleiding van opiaatafhankelijken en het hierbij aanbieden van substitutietherapie zinvol en noodzakelijk is (Ward, Hall & Mattick, 1999; Fiellin e.a., 2001; Keen e.a., 2003; Simmoens e.a., 2005; Haber e.a., 2009). Behandeling binnen de eerstelijnszorg laat bovendien toe de verslavingsgerelateerde en chronische gezondheidsproblemen van de patiënt op te volgen binnen het reguliere gezondheidssysteem. De huisarts, als vertrouwenspersoon, staat doorgaans dicht bij het gezin en de leefomgeving van de patiënt, wat een meer contextuele benadering toelaat. Ook in de preventie en vroegdetectie van risicovol gebruik van middelen speelt de huisarts een belangrijke signalerende rol.

Door de betere integratie van de verslavingszorg binnen de eerstelijnszorg, wordt tevens de globale zorgcapaciteit in de regio vergroot. Bovendien heft het in behandeling zijn binnen de eerstelijnszorg deels het stigma op dat kleefte aan het als verslaafde in een verslavingscentrum in behandeling zijn (Link & Phelan, 2006). Belangrijk hierbij is de transmurale communicatie (Foy e.a., 2010), waarbij de huisarts via 'face to face'-bespreking, telefonische consultaties, ICT-toepassingen (zoals e-learning en elektronische briefwisseling) en het gezamenlijk opstellen van een behandelingsplan advies kan vragen bij de gespecialiseerde centra en op die manier gepaste en 'evidence-based' zorg kan aanbieden binnen zijn praktijk. De begeleiding van opiaatafhankelijken binnen de eerstelijnszorg blijft voor een aantal artsen echter, ondanks de genoemde voordelen, een controversieel gegeven (Strang e.a., 2005). In België heeft het langdurig uitblijven van een duidelijk

wetgevend kader over het gebruik van substitutiebehandeling ervoor gezorgd dat de behandeling van opiaatafhankelijken lange tijd in een onwettige sfeer is blijven hangen.

Het huidige Belgische Koninklijke Besluit (KB) van 2006 over substitutiebehandeling brengt op dit vlak meer duidelijkheid, maar de implementatie ervan verloopt moeizaam. Het KB erkent methadon en buprenorfine als wettelijke vervangingsmiddelen en vermeldt de voorwaarden waaraan een voorschrijvende arts in België moet voldoen.¹

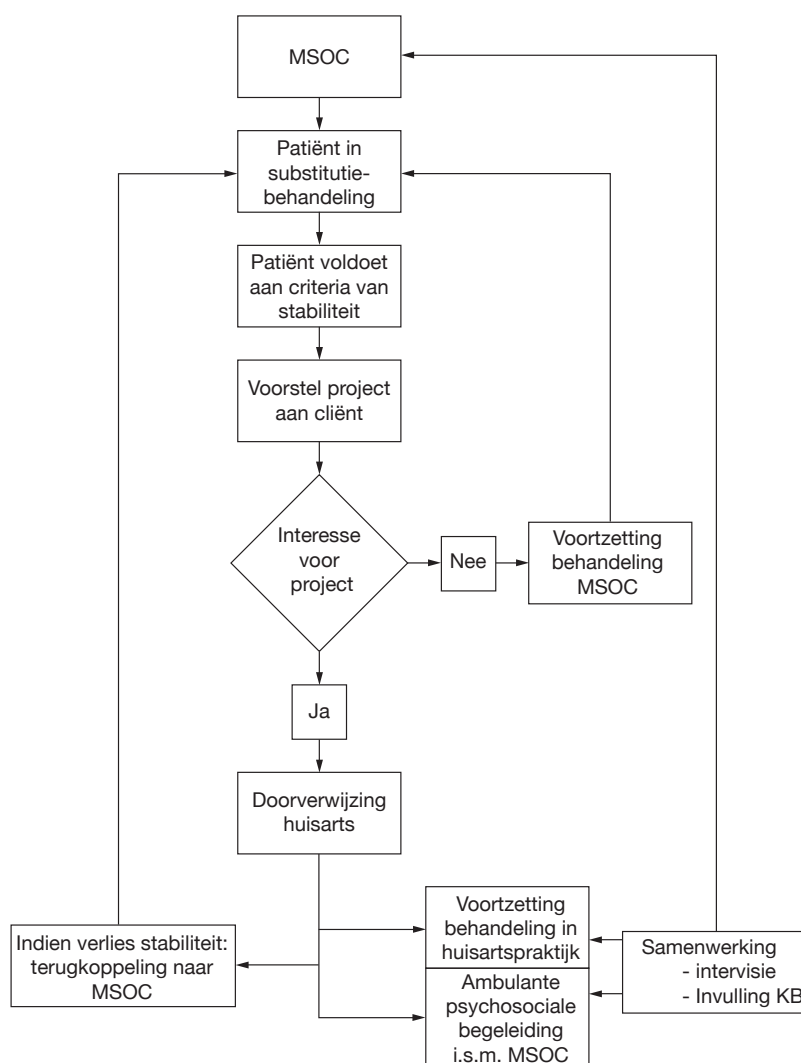
Elke arts die substitutiebehandelingen voorschrijft aan meer dan twee patiënten gelijktijdig, moet zich laten registreren bij een erkend gespecialiseerd centrum (zoals MSOC of erkende dagcentra). De arts moet hierbij kunnen aantonen dat hij de benodigde opleiding heeft gevolgd en/of over voldoende expertise beschikt. Hierbij wordt sterk de nadruk gelegd op de multidisciplinaire aanpak en de samenwerking tussen gespecialiseerde centra en huisartsen. De huisarts kan voor advies, nascholing en registratie terecht bij een gespecialiseerd centrum.

De inhoud van dit KB is echter onvoldoende bekend en er ontbreken voorlopig heel wat randvoorwaarden om het in de praktijk te brengen. Zo is de registratieprocedure onduidelijk en ontbreekt een nationaal goedgekeurde standaard over de behandeling van opiaatafhankelijken in België. Mede hierdoor hebben sommige artsen ambivalente gevoelens bij de behandeling van opiaatafhankelijken. Ze ervaren een tekort aan vaardigheden in de omgang met verslaafden, twijfelen over de doeltreffendheid of waarde van substitutiebehandeling en zijn ongerust over eventueel misbruik van de voorgeschreven medicatie en over hun persoonlijke veiligheid. Ook voelen artsen vaak ontevredenheid en frustratie in hun omgang met verslaafden. Empathische artsen vrezden dan weer te veel patiënten aan te trekken, waardoor de kwaliteit van de zorg in het gedrang komt (Wilson, Watson & Ralston, 1995).² Om deze weerstanden op te heffen en te komen tot een meer gedeelde zorg in de opvang van opiaatafhankelijken, werd door het Medisch Sociaal Opvangcentrum Gent (MSOC) een aanvraag ingediend bij de Belgische Federale Overheid (FOD Volksgezondheid) voor de subsidiëring van het project 'Opvang van opiaatafhankelijken in de eerste-

1 Voor een volledig overzicht van de geschiedenis van de reglementering van substitutiebehandeling in België zie o.a. Van Bouchaute, De Ruyver en Balthazar (1994) en Fraeyman e.a. (2009).

2 Deze praktijkervaringen worden bevestigd in een studie van de Universiteit Antwerpen, waarin de haalbaarheid van substitutieverstrekking voor opiaatafhankelijken binnen de huisartspraktijk wordt nagegaan (Fraeyman e.a., 2009).

lijnszorg'. Het project werd goedgekeurd en ging in juli 2007 van start. De belangrijkste doelstellingen van dit project zijn de implementatie van een samenwerkingsmodel tussen gespecialiseerde centra en eerstelijnszorg, waarbij getracht wordt tot een meer gedeelde zorg en interactieve transmurale communicatie bij de behandeling van opiaatafhankelijken te komen. Hierbij willen we de bestaande zorgcircuits beter op elkaar laten aansluiten, met het oog op een meer effectief en efficiënt gebruik ervan.



Figuur 1 Stroomschema samenwerkingsmodel.

Om te komen tot een meer gedeelde zorg, richt het project zich op de groep van stabiele patiënten in behandeling in ons centrum en stellen we aan deze patiënten een doorverwijzing naar de eerstelijnszorg voor. Dit gebeurt in overleg met de eerstelijnszorg en met de mogelijkheid dat de patiënt bij destabilisatie naar ons centrum terug kan worden verwezen. Hiervoor werd een samenwerkingsmodel uitgewerkt (zie figuur 1). In de volgende paragraaf wordt dit samenwerkingsmodel toegelicht.

Samenwerkingsmodel

SELECTIE VAN STABIELE PATIËNTEN

Het behandelingssteam selecteert de gestabiliseerde patiënten binnen het centrum. Een patiënt wordt als voldoende stabiel beschouwd als hij aan volgende criteria voldoet:

- bijgebruik van illegale middelen is stopgezet of sterk gereduceerd;
- patiënt komt regelmatig op de afspraken;
- behandelingsvoorwaarden worden opgevolgd;
- evolutie naar sociale en professionele re-integratie;
- vrijwillige deelname aan het project.

Als we dit vertalen naar de in Nederland gebruikte patiëntenprofielen bij opiaatafhankelijken, zien we dat vooral ‘uitstromers’ en ‘scenemijders’ in aanmerking komen voor een doorverwijzing naar de huisarts (Loth, Oliemeulen & Jong, 2005). Vervolgens stelt de verslavingsarts het project voor aan de patiënt, waarbij de volgende keuzes mogelijk zijn.

KEUZE VOOR EEN GESPECIALISEERD CENTRUM

De patiënt kiest ervoor om de behandeling in het gespecialiseerd centrum te behouden, om van volgende redenen:

- vertrouwensband met de behandelende arts en/of begeleider;
- globale tevredenheid over de aangeboden zorg in het gespecialiseerd centrum;
- vrees voor administratieve problemen bij doorverwijzing;
- weerstand om de huisarts op de hoogte te brengen van zijn verslavingsproblematiek.

In dit geval wordt de behandeling voortgezet in het MSOC. Er kan eventueel later in de begeleiding nog teruggekomen worden op deze beslissing.

KEUZE VOOR HUISARTS

Patiënt kiest voor doorverwijzing naar de huisarts, om de volgende redenen:

- betere bereikbaarheid van de huisarts;
- vermijden van terugval-‘triggers’ en negatieve associaties met het gespecialiseerd centrum;
- betere toegang tot de reguliere gezondheidszorg en ‘evidence-based’ huisartsgeneeskunde;
- meer kind- en gezinsvriendelijke omgeving;
- loskomen van het stigma van MSOC-patiënt;
- zicht op een mogelijke nieuwe stap naar herstel en genezing.

DOORVERWIJZING

Indien de patiënt ingaat op het projectvoorstel, wordt nagegaan of hij al een vaste huisarts heeft, bij wie hij de substitutietherapie verder kan voortzetten. Zo niet, dan wordt een nieuwe huisarts gekozen, in overleg met de patiënt. Via praktijkbezoek, telefonische consultatie en uitwisseling van medische gegevens wordt de doorverwijzing grondig voorbereid. De eerste consultatie bij de huisarts kan begeleid worden door de psychologe van het MSOC, om de drempel voor de patiënt te verlagen. Bij voortzetting van de substitutiebehandeling in de huisartspraktijk kan de huisarts blijvend advies vragen aan ons centrum.

PSYCHOSOCIALE NAZORG

Behalve de medische zorg is er ook een aanbod van psychosociale nazorg binnen dit project. Het draagt bij tot het ontwikkelen van betere ‘coping’-strategieën, waardoor de patiënt oplossingsgericht met zijn problemen kan omgaan. Naast psychosociale ondersteuning op maat krijgt de patiënt tevens de mogelijkheid een reeks terugvalpreventie-sessies te volgen, gebaseerd op Achilles Leefstijltraining 2 (Wildt, 2002).

EERSTE LIJN

De begeleiding door de psychologe gebeurt ter plaatse bij de betrokken arts (‘outreachment’). Indien dit niet mogelijk is, vinden de gesprekken plaats in een eerstelijnscentrum, zoals het OCMW (Welzijnsbureau). Alle zorg - zowel medisch als psychosociaal - wordt zo-
doende uitgevoerd op de eerste lijn, waardoor eventuele terugval-‘triggers’ die eigen zijn aan gespecialiseerde centra worden vermeden.

Resultaten

Van de actieve dossiers in het werkjaar 2008 en 2009 in ons centrum, beide gemiddeld 700 dossiers, werden respectievelijk 7% en 5% van de patiënten geselecteerd voor doorverwijzing. In 2008 kwamen bijgevolg 49 patiënten in aanmerking voor doorverwijzing; in 2009 werden 35 patiënten geselecteerd. Het aantal geselecteerde patiënten in 2008 lag hoger, doordat er een groep stabiele patiënten uit voorgaande jaren werd opgenomen in die eerste selectie. In de loop van deze twee werkjaren namen 37 patiënten van deze geselecteerde groep deel aan het project: 21 in werkjaar 2008 (41% van de geselecteerde patiënten) en 16 in werkjaar 2009 (45% van de geselecteerde patiënten). Het project werd in de voorbije twee jaar voorgesteld aan meerdere huisartsen en wijkgezondheidscentra in de regio Gent. Hierbij zijn er samenwerkingsverbanden opgebouwd met een dertigtal huisartsen.

Naast het actief doorverwijzen van patiënten ondersteunt en adviseert het project de huisartsen op het gebied van begeleiding van opiaatafhankelijken. De projectmedewerkers organiseren viermaal per jaar een stuurgroepvergadering met mogelijkheid tot vorming en intervisie. Ook andere kanalen, zoals praktijkbezoek door een projectmedewerker, e-mail- en internetcontacten (ICT), worden aangewend om de huisarts beter te bereiken. Via deze interactieve communicatie willen we tot een meer gecoördineerde zorg komen tussen de huisartsen en de gespecialiseerde verslavingscentra.

Conclusie en aanbevelingen

GEDEELDE ZORG

Het gebruik van substitutiemiddelen is nog steeds geen algemeen aanvaarde behandeling in België. Veel artsen en ziekenhuizen kiezen ervoor om niet met substitutietherapie te werken. In tegenstelling tot de jaren voorafgaand aan dit project, waarin doorverwijzingen vanuit ons centrum naar de eerstelijnszorg nog niet voorkwamen, zien we nu een geleidelijke uitstroom van gestabiliseerde patiënten naar de huisartsen. Dit zorgt voor een meer gedeelde zorg en een globale toename van de zorgcapaciteit binnen onze regio voor opiaatafhankelijken. Het aanbod van psychosociale nazorg vanuit het gespecialiseerde centrum

in de huisartspraktijk zelf wordt positief onthaald. Door de uitstroom van gestabiliseerde patiënten kan het MSOC zich ook beter richten op de meest problematische groep.³

Het aantal doorverwezen patiënten (gemiddeld 43% van de geselecteerde stabiele patiënten) is relatief laag. Vooral de opgebouwde vertrouwensband met het gespecialiseerd centrum wordt door de patiënt genoemd als reden om niet voor een doorverwijzing te kiezen. Ook de geselecteerde groep van stabiele patiënten (gemiddeld 6%) is lager dan vooraf door ons ingeschat. Dit toont aan dat de groep patiënten in ons centrum een vrij complexe verslavingsproblematiek heeft en dat voor de meerderheid van de patiënten een gespecialiseerd verslavingscentrum het gepaste niveau van behandeling is.

In overleg met de betrokken huisartsen wordt er gezocht naar andere mogelijkheden om de doorstroming naar de eerstelijnszorg in de toekomst te bevorderen. Hierbij wordt gedacht aan het doorverwijzen van minder stabiele patiënten en patiënten die zich aanmelden in ons centrum, maar die omwille van een minder ernstige verslavingsproblematiek niet voldoen aan onze intakevoorwaarden.

TRANSMURALE COMMUNICATIE

Voorafgaand aan dit project was er geen gestructureerde overleg en samenwerking tussen ons centrum en de huisartsen in de regio, mede door het ontbreken van een duidelijk samenwerkingsmodel en een vrij strikte opsplitsing van de zorgniveaus. Door het bekendmaken van dit project in de regio, praktijkbezoeken en ICT-contacten is er een actieve communicatie ontstaan tussen beide zorgniveaus, met uitwisseling van kennis en ervaring. Hierbij zijn er samenwerkingsverbanden opgebouwd met een dertigtal huisartsen. Op lokaal niveau is er een overlegplatform gecreëerd met deelnemende huisartsen. Het uitwerken van 'e-learning'-modules en een betere invulling van het huidige wettelijke kader rond substitutietherapie in België zijn hierbij aanbevelingen. De realisatie van een nationaal erkende standaard voor de behandeling van opiaatafhankelijken is noodzakelijk.

Tot besluit

Voor de gespecialiseerde centra en de eerstelijnsgezondheidszorg biedt dit project een kader om te komen tot een meer gedeelde zorg en transmurale communicatie. Door de geleidelijke uitstroom van gestabiliseerde patiënten kunnen de gespecialiseerde centra zich beter rich-

3 Het European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction (2009, p. 12) formuleert gelijksoortige bevindingen in andere Europese landen.

ten op hun kerntaak, namelijk het ambulant begeleiden van de meer problematische niet-stabiele opiaatgebruiker. De huisarts voelt zich beter ondersteund en kan in meer optimale omstandigheden zorg aanbieden aan verslaafden. Voor de patiënt wordt een behandelings-traject op maat gemaakt met meer aandacht voor de kwaliteit van zorg.

Literatuur

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2010). Annual report on the state of the drugs problem in Europe. Internet: www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010 (27-04-2011). Lissabon: EMCDDA.
- Fiellin, D.A., O'Connor, P.G., Chawarski, M., Pakes, J.P., Pantalon, M.V., & Schottenfeld, R.S. (2001). Methadone maintenance in primary care. *JAMA*, 286, 1724-1731.
- Foy, R., Hempel, S., Rubenstein, L., Suttrop, M., Seelig, M., Shanman, R., & Shekelle, P.G. (2010). Meta-analysis: Effect of interactive communication between collaborating primarycare physicians and specialists. Review. *Annals of Internal Medicine*, 152, 247-258.
- Fraeyman, J., e.a. (2009). Substitutieverstrekking voor opiatengebruikers: is het haalbaar in de huisartsenpraktijk? Een studie in Antwerpen. Antwerpen: Universiteit.
- Haber, P. S., Demirkol, A., Lange, K., & Murnion, B. (2009). Management of injecting drug users admitted to hospital. *Lancet*, 374, 1284-1293.
- Keen, J., Oliver, P., Rowse, G., & Mathers, N. (2003). Does methadone maintenance treatment based on the new national guidelines work in a primary care setting? *British Journal of General Practice*, 53, 461-467.
- Ledoux, Y. (2008). (2010). Enregistrement National des Traitements de Substitution (ENTS). Rapport final. Brussel: IFEB/IPhEB.
- Loth, C.A., Oliemeulen, E.A.P., & Jong, C. de (2005). Richtlijn opiaatonderhouds-behandeling. Amersfoort: Resultaten Scoren/GGZ Nederland.
- Link, B.G., & Phelan, J.C. (2006). Stigma and its public health implications. *Lancet*, 367, 528-529.
- Simoens, S., Matheson, C., Bond, C., Inkster, K., & Ludbrook, A. (2005). The effectiveness of community maintenance with methadone or buprenorphine for treating opiate dependence. *British Journal of General Practice*, 55, 139-146.
- Van Bouchaute, J., De Ruyver, B., & Balthazar, T. (1994). Methadon: hulpmiddel of wondermiddel? Antwerpen: Garant.
- Ward, J., Hall, W., & Mattick, R.P. (1999) The role of maintenance treatment in opioid dependence. *Lancet*, 353, 221-226.
- Wildt, W.A.J.M. de (2002). *Werkboek Achilles Leefstijltraining 2: alcohol, middelengebruik en gokken*. Nijmegen: Cure & Care.
- Wilson, P., Watson, R., & Ralston, G.E. (1995). Supporting problem drug users: Improving methadone maintenance in general practice. *British Journal of General Practice*, 45, 454-455.
- World Health Organization (2009). Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Genève: WHO.